



BÖLÜM 25

MİDE KANSERİNDE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ

Yılmaz ÖZDEMİR¹
Cemil BİNARBAŞI²

1. GİRİŞ

Mide kanseri, Doğu Asya veya Güney Amerika gibi belirli coğrafi bölgelerde değişmeyen yüksek insidansı, yaygın olarak ileri evrede tanı alması ve orta-ileri evrelerdeki hastalık için sınırlı tedavi edilebilirliği nedeniyle dünya çapında zorlu bir sağlık sorununu olmaya devam ediyor (1).

1881'de Billroth tarafından parsiyel gastrektomi, 1893'te Roux tarafından Y-jejunostomi rekonstrüksiyonu ve 1897'de Schlatter tarafından total gastrektomi yapılmıştır. Yıllar içinde sürekli ilerleyen teknikler ve teknolojiler kullanılmaktadır (2).

Mide hastalıklarında son yıllarda artan oranda minimal invaziv cerrahiler uygulanmaktadır. Mide kanseri için cerrahi tedavinin genel hedefleri tümör dokusunun cerrahi olarak çıkarılması, lokal ve bölgesel hastalık kontrolünün sağlanması, gastrektomi sonrası gastrointestinal devamlılığın yeniden sağlanması, patolojik evreleme bilgilerinin sağlanması ve postoperatif morbiditenin en aza indirilmesidir (3).

¹ Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD.
Gastroenteroloji Cerrahi BD., dryilmaz1977@gmail.com

² Op. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD.
Gastroenteroloji Cerrahi BD., neodrasc@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2011;61(2):69–90.
2. Robinson JO. The history of gastric surgery. Postgrad Med J. 1960;36:706–13.
3. Schwarz RE. Factors influencing change of preoperative treatment intent in a gastrointestinal cancer practice. World J Surg Oncol. 2007;5:32.
4. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3). Gastric Cancer. 2011;14:113–23.
5. Ohashi S. Laparoscopic intraluminal (intragastric) surgery for early gastric cancer. A new concept in laparoscopic surgery. Surg Endosc. 1995;9:169–71.
6. Morinaga N, Sano A, Katayama K. Laparoscopic transgastric tumor-evertting resection of the gastric submucosal tumor located near the esophagogastric junction. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004;14: 344–8.
7. Kitano S, Iso Y, Moriyama M, Sugimachi K. Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. Surg Laparosc Endosc. 1994;4(2):146–8. PubMed PMID: 8180768.
8. Jiang X, Hiki N, Nunobe S, Kumagai K, Nohara K, Sano T, et al. Postoperative pancreatic fistula and the risk factors of laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer. Ann Surg Oncol. 2012; 19(1):115–21. PubMed PMID: 21739317.
9. Giulianotti PC, Coratti A, Angelini M, Sbrana F, Cecconi S, Balestracci T, et al. Robotics in general surgery: personal experience in a large community hospital. Arch Surg. 2003;138(7):777–84. PubMed PMID: 12860761.
10. Hyung WJ. Robotic surgery in gastrointestinal surgery. Korean J Gastroenterol. 2007;50(4):256–9.
11. Gutt CN, Oniu T, Mehrabi A, Kashfi A, Schemmer P, Buchler MW. Robot-assisted abdominal surgery. Br J Surg. 2004;91(11):1390–7. PubMed PMID: 15386325.
12. Baek SJ, Lee DW, Park SS, Kim SH. Current status of robot-assisted gastric surgery. World J Gastrointest Oncol. 2011;3(10):137–43. PubMed PMID: 22046490. Pubmed Central PMCID: 3205112.
13. Huang KH, Lan YT, Fang WL, Chen JH, Lo SS, Hsieh MC, et al. Initial experience of robotic gastrectomy and comparison with open and laparoscopic gastrectomy for gastric cancer. J Gastrointest Surg. 2012;16(7):1303–10. PubMed PMID: 22450954.
14. Kim KM, An JY, Kim HI, Cheong JH, Hyung WJ, Noh SH. Major early complications following open, laparoscopic and robotic gastrectomy. Br J Surg. 2012; 99:1681–7.
15. Park JY, Jo MJ, Nam BH, et al. Surgical stress after robot-assisted distal gastrectomy and its economic implications. Br J Surg. 2012;99:1554–61.
16. Xiong J, Nunes QM, Tan C, et al. Comparison of short-term clinical outcomes between robotic and laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis of 2495 patients. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2013;23(12):965–76.